

CONTRIBUCION A LA CLINICA DE LOS BOSTEZOS

J. AUMENTE BAENA.

Córdoba.

Hemos observado que algunos enfermos refieren espontáneamente que tienen bostezos como un signo que agregan al resto de su sintomatología. Si lo hacen así, es porque le confieren una significación, creyéndolos necesarios para que completen su cuadro clínico. Bajo este supuesto hemos recogido el dato de los bostezos en nuestras historias clínicas, y apreciado su relativa frecuencia en un grupo de enfermos en los que predomina una sintomatología neurovegetativa. En este trabajo nos vamos a ocupar de los bostezos que aparecen en estos enfermos, haciendo previamente unas consideraciones generales sobre la semiología de aquéllos, con objeto de que nos sirvan para situar más justamente nuestros casos.

El bostezo es una sinergia compleja. En este aspecto resulta similar al vómito, la masticación, la deglución o la defecación. Con la diferencia respecto a estas otras sinergias de que carece de una finalidad claramente captable. No se le conoce una misión tan concreta como la de ellas, consistente en la expulsión o introducción de algo en el organismo, pero en cambio quizá les supere en valor expresivo.

El bostezo consta de una serie de movimientos coordinados que se disponen en una rígida sucesión temporal. Se puede establecer una serie de fases, que indefectiblemente se suceden una vez que se pone en marcha la primera. Son éstas: 1) Abertura forzada de la boca y oclusión de los párpados, acompañados de fuerte y prolongada inspiración. 2) Breve apnea; y 3) Espiración suspirosa, al mismo tiempo que se relajan los músculos primeramente contraídos. Sigue una sensación de descanso.

Para realizar un estudio de la significación clínica de los bostezos, debemos en primer lugar distinguir dos grupos fundamentales de ellos:

I) *Bostezos expresivos de una situación vital.*—No tienen valor por sí mismos, sino en cuanto son correlato de aquella situación. Más propiamente pudiera hablarse de "clínica de la situación productora". Estas situaciones vitales pueden ser:

A) Fisiológicas.

- a) Aburrimiento.
- b) Presueño.
- c) Hambre.

B) Provocadas patológicamente.

a) *Por procesos orgánicos* de las más diversas etiologías con afectación preferente del tronco del encéfalo. Son muchos los cuadros aquí incluíbles. Ejemplos de ellos puede ser los siguientes:

La encefalitis epidémica, predominantemente en la forma somnolento-oftalmopléjica, entre los infectivos; la polioencefalitis hemorrágica superior de Wernicke, y otros síndromes vasculares que afecten al tronco; tumores de la región (*), cuadros comatosos, sobre todo los provocados por meningitis graves (**); síndromes diversos de bloqueo cortical.

b) Por cuadros funcionales:

- 1) Epilepsia esencial.
- 2) Síndromes diencefálicos con trastornos del sueño.

II) *Bostezos que tienen significación propia.*—No son expresivos de una situación vital y, por tanto, se pueden considerar aisladamente. Se encuentran generalmente en cuadros diencefálicos y suelen aparecer bajo estas dos formas:

- 1) Como crisis aisladas.
- 2) Incluidos en unas crisis vegetativas.

(*) Se han descrito también los bostezos en tumores frontales. En el "Handbuch", de BUMKE-FOERSTER, se mencionan como síntoma general de tumores.

(**) LEWANDOWSKY considera la aparición de bostezos en estos casos como signo ominoso. KRESTCHMER también los ha descrito en cuadros precomatosos.

I) BOSTEZOS EXPRESIVOS DE UNA SITUACIÓN VITAL.

Aparecen generalmente cuando el hombre se halla inmerso en determinadas situaciones vitales. Estos bostezos necesitan, por lo tanto, estudiarse como formando parte de aquellas situaciones de las que son una manifestación expresiva.

A) Situaciones fisiológicas.

Son las siguientes: Aburrimiento, presueño y hambre.

El *aburrimiento* se puede considerar como un estado de ánimo que constituye el fondo sobre el cual se elabora una actitud reactiva. Durante el mismo dejan de interesar las cosas de un modo vital o apasionado y, sin embargo, el sujeto hace esfuerzos porque así no sea. El *aburrimiento* es una situación de tránsito, no estabilizada, enantodrómica. Afirma LÓPEZ IBOR que surge "cuando se quiere rebasar conscientemente una actitud morosa sin encontrar objetivos". Y cita a RAVERS, el cual sostiene que "aburrimiento es la vivencia de una tensión sin objeto".

Durante el *presueño*, el sujeto se halla dominado por una conciencia especial que obstruye el interés por las cosas. Frente a esta conciencia impuesta, aparece una actitud reactiva, como un esfuerzo por mantenerse en plena vigilia. En estas circunstancias es evidente que el mundo que rodea al sujeto se ha alejado y éste se ve forzado a desentenderse de él, al mismo tiempo que existe un proyecto psíquico que pretende rebasar el estado de conciencia para mantener el contacto del sujeto con las cosas.

Se pueden establecer una serie de caracteres comunes a estas dos situaciones vitales. En primer lugar, aunque ambas son situaciones de tránsito, es esencial en ellas una tendencia a su satisfacción. El bostezo sólo aparece cuando se mantienen forzosamente y, por tanto, implican una perspectiva de satisfacción no inmediata, lejana.

En segundo lugar, cursan con una modificación de la "vivencia del tiempo" en el sentido de su elongación y vaciedad, y coinciden con una disminución de la capacidad gnóstica del sujeto.

Finalmente, estas situaciones se pueden considerar como grados inferiores del *tono vital* (*). Con otras palabras, existe en ellas una disminución en el número de posibilidades en relación con las que el hombre dispone cuando está despierto.

Se ve claro así, pues, no sólo la estrecha conexión entre la fenomenología del bostezo y la fisiopatología del sueño (o mejor, la fisiopatología de la conciencia), sino el hecho también de su dependencia. De este modo creemos nece-

sario plantear el problema del sueño para comprender y situar en su justo lugar el problema de los bostezos.

Debemos resaltar que el sujeto humano, como todo lo biológico, está sometido a ritmos. Uno de estos ritmos se constituye entre los dos extremos de una escala bipolar formada por "estar despierto" (alerta o vigilia) y sueño. Estos extremos sólo deben considerarse como expresiones finales del grado de actividad global del organismo. Lo que aquí varía y se halla en juego es este grado de actividad global, como nivel de integración superior, que enlaza y unifica la actividad somática con la actividad psíquica. Por lo tanto, habría una serie de *tonos distintos de actividad* que corresponderían a grados diversos de confluencias entre actividades parciales. Estos grados de actividad global del individuo se pueden considerar también como correspondiendo con grados de "alerta", de estar despiertos o preparados.

Ahora bien, estos grados de actividad global pueden desintegrarse. El ejemplo más demostrativo podemos tenerlo en las divergencias posibles entre grado de *sueño corporal* y grado de *sueño psíquico o cerebral*.

El hecho de que exista un *sueño corporal* parejo a las modificaciones de la vida psíquica, está demostrado por los siguientes datos: Respiración lenta y profunda, pulso regular y lento, caída de los párpados y giro de los globos oculares hacia arriba, miosis, descenso de la temperatura, metabolismo bajo, descenso de la tensión arterial, hipotonía, aumento de actividad de la fibra muscular lisa (peristaltismo), predominio del anabolismo, aumento de la dilución sanguínea, elevación de la calcemia y disminución de la adrenalina.

Junto a ello, contamos con hechos que demuestran que la disociación entre grado de *sueño corporal* y grado de *sueño psíquico* aparece en la clínica:

1. V. ECONOMO describió disociaciones rítmicas del sueño en sus parkinsonismos postencefalíticos. Estos permanecían durante el día en absoluta quietud externa (*sueño corporal*), mientras se podía descubrir una cierta vigilia intelectual. Por la tarde se tornaban activos y parlanchines. En cambio por la noche, en pleno *sueño cerebral*, se volvían intranquillos, hablaban, incluso con somnambulismo, como si estuvieran en plena vigilia corporal.

2. Los fenómenos del somnambulismo que pueden interpretarse como de *sueño cerebral* que no se acompaña del somático.

3. La existencia de la cataplejía. Ya WILSON la consideraba a modo de manifestación de un factor común a la narcolepsia, como *sueño corporal brusco* no acompañado del psíquico. Y es evidente que se observan transiciones y sustituciones. La excitación emocional, en vez de conducir a la atonía puede producir el *sueño*. Por impedir el *sueño* puede aparecer la cataplejía. El estado de cataplejía puede ir seguido de *sueño*.

4. Experimentalmente, los estudios sobre profundidades diversas entre los *sueños corporal* y *psíquico* (*).

Ahora bien, se puede asimilar el *aburrimiento* y el *presueño* a estas situaciones y considerar así aquellas también como disociaciones "fisiológicas" entre los niveles corporal y psíquico de la actividad humana. El bostezo aparece, pues, en el curso de estas disociaciones, entre ritmos que suelen cursar simultáneamente. Este dato, que podremos comprobar más tarde en la patología del bostezo, es la clave

(*) *Tono vital* en el sentido de *biotono*, de E. BRAUN, y considerando como un elemento fundamental del mismo el impulso u la actividad (Antrieb).

(*) KOHLCHUTTER (siguiendo inspiración de FECHNER) y MICHELSON (laboratorio de KRAEPPELIN) estudian la intensidad del estímulo auditivo para despertar al sujeto: gráficas de intensidad del *sueño psíquico*. BASS y HERR y RECHSBERGER estudian la excitabilidad del centro respiratorio (por tasa del CO₂ alveolar): curvas de intensidad del *sueño corporal*. RECHSBERGER comprueba divergencias entre ambas gráficas en los trastornos del *sueño*.

para la interpretación de los estados de pre-sueño y aburrimiento.

La misión expresiva del bostezo, que no es claramente captable, puede sin embargo suponerse. Quizá signifique un intento de "sintonización", de recuperación, por medio de la brusca repleción de aire y el consiguiente aumento de la velocidad circulatoria. Ya es, de todas formas, significativo el que después del bostezo haya una momentánea, vencible o no, elevación del tono atensivo.

Por lo que se refiere a la situación vital que entraña el hambre, con ser también de tránsito e implicar una modificación de la vivencia del tiempo y del tono vital, nos interesa más ahora destacar las modificaciones metabólicas que lleva incluidas. Sobre todo por lo que se refiere a la hipoglucemia.

En la hipoglucemia, como es sabido, aparecen dos series de fenómenos distintos: a) *Vegetativos*: Sudor, hipotermia, somnolencia, bostezos; y b) *Instintivos-afectivos*: Hambre intensa, astenia muy marcada, ansiedad e irritabilidad.

La índole de estas dos series de síntomas, y su simultaneidad sobre todo, ha hecho lógica su atribución a una alteración funcional de los distintos niveles del tronco del encéfalo, unas veces directamente (procesos que alteran estas estructuras: infecciones, hemorragias, tumores, etc.), otras indirectamente, a través del descenso de la glucemia y el disturbio del metabolismo intermediario que se origina localmente (hipoxia, acumulación de ácido láctico, etcétera). El bostezo quedaría incluido así en esta manifestación diencefálica.

B) Situaciones provocadas patológicamente.

a) Cuadros orgánicos.

En algunos cuadros orgánicos centrales aparece el bostezo como un elemento más del síndrome, caracterizado por una disminución de la actividad en sentido amplio. No sólo, pues, ligado a una somnolencia, sino también a la apatía, aquinesia, abulia y desinterés provocados orgánicamente. De aquí que el bostezo aparezca como originado por lesiones en relación con las funciones de vigilia-sueño, y también con la más elevada forma de actividad y discriminación.

Las regiones que pueden considerarse como relacionadas con estas funciones son bastante extensas. Por lo que se refiere al sueño, son clásicas las deducciones topográficas de MAUTHNER en 1890, y las de ECONOMO posteriormente (1925, 1926 y 1929), basadas en la encefalitis letárgica, sobre la importancia que tiene la parte posterior de la sustancia gris peripendimaria del tercer ventrículo y techo del acueducto de Silvio. También más tarde las de TROMNER y SPIEGEL sobre la significación del tálamo en los trastornos del sueño. HEGHST, a su vez, estableció las siguientes zonas de gran importancia en estos disturbios: parte medial del tercio pos-

terior del tálamo, tercio posterior de la sustancia periventricular y la parte anterior de la sustancia periacueductal. Además, y como han resaltado DAVEN y DEMUTH, ciertas áreas corticales intervienen en la integración de la hipersomnia e insomnio. Son principalmente: frontal, premotora, temporal, cíngulo e hipocampo. Los casos de RIGHETTI, los de LECHELLE, ALA-JUANINE y THEVENARD, los de KOLODNY y el de FRATIN, son demostrativos en este sentido. Incluso el hecho de que el hombre pueda no dormir voluntariamente, apoya la intervención de este nivel superior.

Por otro lado, nos interesa resaltar que recientemente MAGOUN y cols. pretenden demostrar que el sistema cerebrocéntrico es el encargado del mantenimiento del grado de vigilia. Este sistema realizaría una integración final de actividades parciales y dispersas a nivel de sus formaciones reticulares. MARUZZI y MAGOUN producen por estímulo reiterado de las formaciones reticulares bulbares y mesencefálicas la reacción electroencefalográfica de "despertamiento".

De todas formas, hay que sacar la conclusión de que cuando se habla de "grados de actividad" nos referimos siempre a estados muy complejos, en cuya producción confluyen una serie de circunstancias coordinadas. Algunas de estas circunstancias, muy importantes en el mantenimiento del grado de vigilia o alerta del sujeto son las siguientes:

- Impulsos ascendentes a partir del hipotálamo y zonas inferiores, que mantienen en actividad la corteza (*).
- Diferente caudal de estímulos aferentes, simultánea o sucesivamente somático-estésicos y viscerales (**).
- Posible aumento de resistencias sinápticas, que son susceptibles de bloquear impulsos que no rebasan el umbral (***)

El bostezo queda así, por consiguiente, como un elemento expresivo de una situación vital engendrada patológicamente, por lesión de extensas estructuras del sistema nervioso. Diferentes causas (tumores, vasculares, traumáticas) y diversas localizaciones pueden originarlas. En algunos casos, sin embargo, puede tener el bostezo un cierto valor focal en lesiones que afectan al territorio comprendido entre el mesencéfalo superior y el hipotálamo posterior.

b) Cuadros funcionales.

1) Epilepsia esencial.

La aparición de bostezos en enfermos con epilepsia esencial se puede explicar por las dos razones siguientes:

(*) Afirma GAGEL, que la parte caudal del hipotálamo es inhibidora de la corteza, mientras que la parte oral es excitadora. Lesiones de la parte oral, según él, originan el crecimiento de la actividad cortical. Por otra parte, ADRIAN sostiene que "tiene que haber alguna región central donde se decide qué parte de la corteza debe quedar liberada al ritmo alfa para ser utilizada por la mente, volviendo accesibles a las células para los mensajes que a ellas llegan". Además, según BREMER, cuando se destruye el tegmento mesencefálico, subtálamo y parte de la región posterior del hipotálamo, se obtienen animales que duermen continuamente.

(**) Para KLEITMANN, en el desarrollo del sueño desempeña un gran papel el hecho de que a consecuencia de la fatiga, hábito, etc., el individuo relaja los músculos, cierra los ojos, etc., y con ello disminuya el caudal de impulsos aferentes a los centros nerviosos.

(***) Algunos autores (PURKINJE, MAUTHNER, KLEITMANN y RUGENBERGER) suponen que para la iniciación del sueño necesaria una interrupción de las vías aferentes a la corteza. Este bloqueo podría realizarse en el tálamo (TROMNER, BREMER y ADRIAN han llegado a la evidencia experimental de que en el sueño normal la corteza se halla "desafectada").

1. La importancia de los niveles subcorticales en la integración de las crisis convulsivas.

2. La existencia de una forma visceral o autonómica de localización diencefálica (PENFIELD y ERICKSON).

La participación de niveles basales en la integración de la crisis convulsiva ha sido señalada por diferentes autores. Las crisis de petit mal se deben, según PENFIELD, a descargas localizadas en el diencefalo. HURSH supone como de origen subcortical (talámicas o hipotalámicas) las ondas de descarga cerebral observadas durante las crisis de petit mal. Y FORTUNY y JASPERS han comprobado en el gato que la estimulación de los núcleos mediales talámicos, con frecuencia de 3 a 5 por seg., origina en la corteza respuestas similares a las que se encuentran en enfermos de petit mal.

Por otra parte, ya KROLL hablaba que, en ataques de petit mal, pueden presentarse bostezos espasmódicos, tensiones tónicas de ciertos grupos musculares y movimientos de masticación. WILSON incluye en su epilepsia periventricular, junto a las crisis vasovagales de GOWERS y los accesos de hipotermia, otras crisis con bostezos, poliuria, mareos y vómitos. Se pueden considerar estas crisis como debidas a disturbios de los centros viscerales encargados de regular el sueño y recambio hídrico, que se hallan situadas en torno al tercer ventrículo, desde donde la onda de excitación puede extenderse al cuarto ventrículo. El hecho es que se han descrito los bostezos incluidos en cuadros de indudable estirpe epiléptica, y en los cuales la participación subcortical, vegetativa, es importante. Unas veces como expresivos de situaciones vitales en las que predominan trastornos del sueño, y otras como bostezos aislados, aunque enlazados al cortejo sintomático de una crisis vegetativa más amplia. Este último caso (supuestas formas de epilepsia diencefálica de Penfield) incluye en el grupo final de "bostezos con significación propia".

Un ejemplo del primer grupo puede ser la siguiente historia clínica:

M. R. S., de cuarenta y siete años, casada, natural de Menjíbar (Jaén).

E. A.—Desde hace un año tiene ataques, siempre durmiendo, en los cuales pierde el conocimiento, convulsiones tónico-clónicas, los ojos vueltos, relajación de esfínter vesical. Se le pasan en seguida y sigue durmiendo. Desde hace dos semanas le vienen dando diariamente, y hasta a veces, dos en la noche. Muchas noches, cuando le va a ocurrir el ataque, tiene vómitos, y sobre todo, muchos bostezos y desprezamiento antes de acostarse. Sabe por ello, con seguridad, que más tarde le va a dar el ataque en cuanto se acueste.

A veces, durante el día, ha tenido accesos de llanto con temblor, pero sin pérdida de conocimiento. Hace mucho tiempo que no le dan.

Otras veces, en sustitución del ataque, se ha despertado agitada, asustada, contraídas las mandíbulas y sin hablar ni tragar.

Dolores frecuentes, casi constantes, de cabeza.

A. P.—Sin interés. Tres hijos sanos; no abortos.

A. F.—Padre, muerto de pulmonía. Madre, vive sana. Exploración neurológica, sin hallazgos. Wassermann, M. K. R. y Kahn, negativas en sangre.

2. Síndromes diencefálicos funcionales con trastornos del sueño.

Incluimos también estos bostezos entre los que son expresivos de una situación vital del sujeto, puesto que coinciden con trastornos disociativos del sueño. De ellos hacemos dos grupos:

a) Bostezos esporádicos.

b) Bostezos acompañados de hipersomnia.

a) Bostezos esporádicos.

Hemos encontrado algunos enfermos a los que a ellos mismos llama la atención que la boca se le abre con cierta reiteración y frecuencia. Le suele ocurrir en ciertos días, con especial preferencia por determinadas horas, y coincidiendo su aparición con el comienzo de sus molestias. El hecho de que vayan acompañados de otra sintomatología nos sugiere argumentos para la posible interpretación de estos bostezos. Y es curioso cómo estos bostezos, que no cursan en forma de crisis, van siempre ligados a cuadros en los cuales aparece una disociación entre los ritmos de sueño corporal y sueño psíquico. Unas historias clínicas nos ilustrarán sobre estos extremos.

M. N. R., de veintiséis años, casada, natural de Córdoba.

E. A.—Desde hace seis años le viene ocurriendo, casi siempre antes de la regla, una sensación de ascenso desde abdomen, y cae al suelo, floja, sin pérdida de conciencia. Oye todo lo que le dicen. Le duran unos segundos, para repetirse en seguida, o bien le persisten hasta varias horas. En estos ataques no siente otra molestia que la imposibilidad de todo movimiento. No tienen relación con estados emotivos. Casi siempre le ocurren un par de veces en los días que preceden al período.

En estos días también se le pone mucho "abridero de boca", sobre todo por la tarde. No en forma de crisis, sino que cada tres o cuatro minutos se le abre la boca. Pero está así casi toda la tarde.

A. F.—Sin interés.

A. P.—Dos hijos sanos. No abortos. Paludismo.

Exploración.—Sin hallazgos.

Epicrisis.—El diagnóstico diferencial de estas crisis debe realizarse entre cataplejía, epilepsia aquinética de Wilson y crisis psicógenas. Desechamos la epilepsia aquinética por la perfecta lucidez del sensorio, y las crisis psicógenas por las características de la misma, la personalidad no "histérica" de la enferma, y porque no encontramos un sentido que sugiera su génesis. Por otra parte, la propia morfología de la crisis, su relación con ritmos biológicos (menstruales) y la existencia de bostezos, suponen una perturbación diencefálica del mecanismo regulador del tono muscular. En resumen, se trata de crisis cataplécicas. Pero debe-

mos resaltar que las crisis catapléjicas—lo hemos referido anteriormente—deben considerarse incluidas en el marco de la patología del sueño: sueño corporal disociado del psíquico. WILSON abundó en esta opinión.

F. N. P., de dieciocho años, soltera, natural de Córdoba.

A. F. y A. P.—Sin interés.

E. A.—Siempre se ha quejado de dolor de cabeza, pero desde hace un mes está peor. Le duele más en sienas, aunque también en vértex. La mayoría de las veces como martillazos. Algas también en boca y erráticas por el cuerpo.

Mareos instantáneos, con inseguridad en la cabeza, y en los que llega a nublarse la vista. A días, con la cabeza mareada. Algas en estómago.

Duerme mal. Lo poco que duerme, intranquila y bregando, hablando mucho. Tristeza, llora con facilidad. Bostezo con frecuencia, sin crisis, en los días en que está peor de sus molestias. Le ocurre sobre todo por la tarde, llamándole la atención lo mucho que se le abre la boca.

Irregularidades del período, con dolores. En los días que preceden a éste se encuentra peor de todo.

Exploración.—Sólo ligera anisocoria (mayor la pupila izquierda) con los caracteres de funcional.

Epicrisis.—Los trastornos que presenta esta enferma se pueden incluir entre los de las timopatías de LÓPEZ IBOR: algas, vértigos y tristeza. Queremos resaltar la anisocoria funcional, que corresponde al tipo de las que hemos descrito en otro trabajo (*). Pero también un trastorno disociativo del sueño, sobre el cual queremos llamar la atención, y que se expresa porque duerme intranquila, moviéndose mucho, bregando, hablando con frecuencia. Sueño psíquico disociado del corporal. Y de nuevo los bostezos acompañando a las disociaciones del sueño.

b) Bostezos acompañados de hipersomnia.

Que la hipersomnia se acompañe de bostezos es bastante frecuente. Una historia clínica muy típica es la siguiente:

J. L. G., de veinte años, soltera, natural de Córdoba.

A. F.—Madre, con nevus en la II rama del trigémino izquierdo.

A. P.—Sin interés.

E. A.—Desde hace cinco o seis meses, unas crisis en las que a veces llega a perder algo el conocimiento. Lo primero que nota es que se le ponen las manos muy frías, con sudor; después, "desconsuelo" en estómago, dolor en nuca, seguido de una gran flojedad en cuerpo que le hace caer. Después queda tranquila, como durmiendo, sin cambio de color, ni espuma en boca, ni movimientos, ni relajación de esfínteres. Dura de media a una hora. Al despertar, con dolor de cabeza varios días y muy cansada.

Desde entonces duerme mucho, siempre con sueño, y muy profundo. A cualquier hora está dispuesta para dormir. Con bostezos intensos que le duran un par de horas.

Se encuentra deprimida, sin ánimo para nada.

Exploración.—Hipotonía generalizada muy marcada.

(*) AUMENTE BARRA, J.: "Anisocorias funcionales de posible origen diencefálico". *Revista Oto-Neur.-Oftal. y Neur.*, número 68. Marzo-abril, 1953.

Temblo fino, a veces, en la extensión de los brazos. El dedo meñique izquierdo se independiza, con leves movimientos de flexión palmar.

Epicrisis.—Esta enferma padece, a nuestro modo de ver, unas crisis vasovagales de Gowers. El diagnóstico diferencial con la cataplejia se puede basar en que existe algún trastorno de conciencia. Y con la epilepsia aquinética en la morfología de la crisis (sin espuma en boca, sin relajación de esfínteres, por la duración excesiva). Destaca además la hipersomnia, acompañada de bostezos; la afectación de los sentimientos vitales, las pequeños trastornos de la motilidad básica o ereísmática (Hess). La adscripción del trastorno, por todo ello, al tronco del encéfalo, tiene bastantes fundamentos. Pensamos en un síndrome diencefálico funcional.

II) BOSTEZOS CON SIGNIFICACIÓN PROPIA.

Los bostezos que aparecen independientemente, y no son expresivos de una situación vital del sujeto, adquieren un valor clínico muy superior a los otros. En este caso el bostezo queda mejor aislado y definido, y es lícito hablar de la semiología del bostezo, como es justo hablar de la semiología del vómito. Por lo cual estos bostezos que aparecen sin aburrimiento, apatía o sueño, tienen un valor clínico muy similar al de las lágrimas sin llanto, por ejemplo.

Estos bostezos suelen aparecer casi exclusivamente en cuadros funcionales (epilépticos genuinos y "timopáticos", en el sentido de LÓPEZ IBOR) y los consideramos también como ligados a la patología diencefálica. Las razones son las siguientes: En primer lugar, porque coinciden en el mismo enfermo con otros síntomas de verosímil origen diencefálico. En segundo término, por la demostración clínica y experimental de que el diencefalo interviene en la producción de los bostezos.

El primer punto lo creemos suficientemente defendido con el conjunto de síntomas que presentan las historias clínicas que más adelante se van a transcribir. Por lo que se refiere al segundo, conviene que tengamos en cuenta los siguientes hechos:

a) El bostezo es un fenómeno expresivo. La importancia del diencefalo en los mecanismos de la expresión es conocida de antiguo en la clínica y ha sido resaltada por la experimentación.

b) La significación del diencefalo en la producción de las situaciones vitales de fondo sobre las que se estructura el bostezo. Son abundantes las contribuciones clínico-patológicas (*) que describen disturbios del sueño originados

(*) En el trabajo de DAVISON y DEMUTH "Disturbances in Sleep mechanism", *Arch. Neurol. Psych.*, abril 1946, volumen 55, núm. 4, se citan las publicaciones de LUCKER, FULTON y BAYLEY, HIRSCH, STRAUSS y GLOBUS, LHERMITTE y TOURNAY, ADIE, ADLER, ROWE, COX, ENGELS y ARING.

por lesiones de la región diencefálica. Son también muchos los datos experimentales (***) que demuestran que por provocación de lesiones hipotalámicas se altera el mecanismo del sueño. Destaca entre estas experiencias la de W. H. HESS, por la que estimulando con una débil corriente, y con electrodos finísimos, el extremo anterior del diencefalo de gatos, se producía sueño, precedido por signos de fatiga, como son bostezos, actitud de reposo y cierre de ojos.

c) La provocación farmacológica de crisis vegetativas en las cuales los bostezos pueden también hallarse incluidos. Este hecho lo hemos podido observar algunas veces durante los shock terapéuticos acetilcolínicos o con nicotinato de sodio. Recientemente (1952), A. V. DI CIO y otros han estudiado los efectos de la asociación de citrato y fosfato de sodio con ácido nicotínico en enfermedades vasculares periféricas, y producen una reacción de vasodilatación con otros síntomas, entre ellos, bostezos en serie.

De lo anterior se desprende que el diencefalo puede intervenir en la producción de los bostezos en virtud de un doble mecanismo: por su contribución a la génesis de las situaciones vitales de fondo y por su intervención en los mecanismos de la expresión. Nos interesa sobre todo su importancia en la patología de la expresión, ya que estos bostezos que dejan de corresponder a una situación vital, y no son por lo tanto expresivos, tienen análogo valor clínico que la amimia, el lagrimeo, la risa sardónica, por ejemplo. La compleja sinergia que es el bostezo se pone en marcha de una forma autónoma. En ello radica su interés y su casi exclusivo enlace con la patología del diencefalo. Son estos bostezos como una expresión sin contenido ni tono afectivo, que se pone en marcha rígida y estereotipadamente.

Hemos separado dos grupos de estos bostezos, según cursen, como crisis aisladas o aparezcan incluidos en unas crisis vegetativas más amplias. Son los siguientes:

1) Bostezos en forma de crisis.

Los bostezos aparecen aquí en forma de unas crisis de media a una hora de duración, durante las cuales se abre la boca con gran frecuencia, hasta el punto de ser bastantes molestas para los enfermos. Se presentan en enfermos con una sintomatología neurovegetativa que hoy se interpreta como trastorno de regulación central, es decir, como un síndrome diencefálico funcional. Veamos algunas historias clínicas.

A. R. S., de veintisiete años, soltera, natural de Espejo (Córdoba).

A. P.—Sarampión. Menarquia a los diecisiete años.

E. A.—Desde hace dos o tres años viene teniendo mo-

lestias a temporadas. Estas consisten en palpitaciones, con ahogo, más en la cama y boca arriba. Cefaleas como un peso o tensión en nuca, más intensas por la tarde. Las mañanas las pasa mejor. Algias erráticas en brazos y piernas, que sólo duran unos minutos. También más por la tarde.

Sufre unas crisis de bostezos intensísimas. Le ocurren éstos muy seguidos, le duran como una hora, y se le pone entonces como un "aprieto" en el estómago. No a hora fija. Le ocurren cada cinco o seis días.

Cada dos o tres días, uno con molestias intestinales y diarrea de dos a tres deposiciones.

Cada diez o quince días tiene un par de ellos con ganas de llorar, también por la tarde.

Período con irregularidades desde hace dos o tres años, con molestias dolorosas, escasez e incluso faltas. La exploración neurológica es negativa.

Epicrisis.—Tienen valor en esta enferma las cefaleas, las algias erráticas, palpitaciones, crisis de bostezos, hiperperistaltismo intestinal fásico, tristeza también fásica, dismenorreas. Trastornos todos que se pueden considerar como de regulación central y que incluimos en un síndrome diencefálico funcional.

R. P. A., de treinta años, casada, natural de Jabalquinto (Jaén).

A. F.—Sin interés.

A. P.—"Reuma" en piernas y brazos, hace un año, con hinchazón de pies. No hijos ni abortos.

E. A.—Desde hace dos años tiene cefaleas en nuca, casi a diario, más por las mañanas. Como tirantez que aumenta al inclinar la cabeza hacia atrás.

Palpitaciones. Ahogos. Tiene días en que se levanta con mucha flojedad. Intranquilidad, miedo a que le pueda ocurrir algo. Nada de tristeza.

Crisis de bostezos, durante cinco a diez minutos, en los días en que tiene la flojedad, acompañados de lagrimeo.

Tiene días de orinar mucho. Período normal, pero está peor de todas sus molestias unos días antes.

Exploración.—Ligera hipotonía generalizada. Reflejos osteotendinosos vivos.

Epicrisis.—Un cuadro muy similar al anterior, que no requiere mayor atención.

2) Bostezos incluidos en unas crisis vegetativas centrales.

Estos bostezos, que aparecen también desprovistos de todo carácter expresivo, tienen además la particularidad de que se manifiestan formando parte de unas crisis vegetativas y, por lo tanto, como un elemento más de ellas mismas. De aquí su singular importancia y su significación clínica.

Las historias siguientes son bastante ilustrativas:

E. L. P., de treinta y siete años, casada, natural de Córdoba.

A. F.—Madre, murió de "enfermedad cerebral". Padre, de "enfermedad renal".

A. P.—Anginas frecuentes. Resfriados. Sarampión. Período normal, aunque abundante. Un hijo. No abortos.

E. A.—De siempre ha padecido de dolores de cabeza. Ahora, desde hace un par de años, está peor. Los tiene casi continuos, en sienes, y sobre todo en nuca, con

(**) En el mismo trabajo se señalan las contribuciones de MARINESCO, SACER y KREINDLER, las de ITO, RANSON e INGRAM, BARRIS e INGRAM, WHITE, RANSON y colaboradores.

exacerbaciones a media mañana y a media tarde. Es como si le estuviesen tirando.

Por la mañana, se levanta bien siempre. Después, comienza a "cargarse" a media mañana. Cuando más le aprieta el dolor de cabeza, le sube un ahogo desde estómago. Entonces, bosteza con mucha frecuencia ("¡se me abre la boca con una gana!", acompañado de lagrimeo y sialorrea ("se me llena la boca de agua"), con mucho calor en la cara y los ojos se le ponen como abotagados. Le dura esta crisis vegetativa media hora y luego siempre le disminuye el dolor de cabeza.

Sufre también otras crisis, de flojedad y aplomamiento, que le duran tres horas, y que le repiten todos los días a la hora de la siesta.

Algunos días, ganas de que no le hablen, con tristeza y ganas de llorar. Entonces "me acuesto y me harto de llorar, pero mientras más lloro más quiero".

Ha notado que en las temporadas en que está peor orina más.

Exploración.—Sin hallazgos.

Un tratamiento con Banthine le hace mejorar de la crisis vegetativa (bostezos, sialorrea, etcétera) que acompaña a la cefalea, pero no de esta última.

A. A. C., de cuarenta y nueve años, viuda, natural de Castillo de Locubín (Jaén).

A. F.—Sin interés.

A. P.—Siete hijos, todos fallecidos de pequeños. Dos abortos. Menopausia hace casi diez años.

E. A.—Desde hace dos años cefaleas—un mes después de la muerte del marido—, mareos y dolor de espalda. Las cefaleas son en nuca y por temporadas de diez o quince días. También entonces duerme poco y días de nada. Astenia; tristeza inmotivada, con ganas de llorar, por días.

Crisis de bostezos, de media hora de duración, acompañados de malestar de estómago. Después de ellos, siempre queda, durante casi una hora, eructando mucho. Algunas veces también se le llena después la boca de saliva, con mucha espuma. Aunque esto también le ocurre independientemente por las mañanas al levantarse.

Exploración.—Hipotonía generalizada. Tensión: máxima, 16; mínima, 9 y media. Soplo sistólico en punta. Arritmia.

La presencia de bostezos con estos caracteres puede constituir un dato, hasta cierto punto objetivo, y susceptible de ser valorado clínicamente. De más interés si consideramos que la clínica de estos síndromes neurovegetativos suele estar necesitada de datos objetivos. Aunque por ahora sólo tienen los bostezos un valor orientador hacia la patología, supuestamente afecta, de la región diencefálica.

RESUMEN.

En este trabajo se distinguen dos grupos de bostezos: 1) Unos, expresivos de una situación vital (situaciones fisiológicas y situaciones patológicas); y 2) Y otros, autónomos o con significación propia. Se estudian situaciones fisiológicas en que aparecen los bostezos y los diversos cuadros, orgánicos y funcionales, susceptibles de provocar patológicamente aquellas situaciones.

Por último, se resalta el valor clínico de los bostezos autónomos, sus caracteres, y se señalan las razones que inducen a un posible origen diencefálico. Acompañan algunas historias clínicas.

lan las razones que inducen a un posible origen diencefálico. Acompañan algunas historias clínicas.

BIBLIOGRAFIA

La bibliografía de los bostezos es muy escasa. Las que se refieren a trabajos donde son descritos o mencionados de forma accidental y nunca a publicaciones que tengan los mismos como principal objetivo. Suprimimos por tanto toda referencia.

SUMMARY

Two types of yawn are described in this paper: a) Those expressing a vital situation (physiologic states and pathologic conditions) and b) Those which are autonomous or have a meaning of their own. The various physiologic states in which yawns appear and the various conditions, organic or functional, capable of provoking pathologically those situations are studied.

Finally, the clinical significance and characteristics of autonomous yawns is emphasised. Some reasons are adduced in favour of their possible diencephalic origin. The paper includes some case-records.

ZUSAMMENFASSUNG

In dieser Arbeit unterscheidet man zwei Arten von Gähnen, einmal das, welches Ausdruck einer vitalen Lage ist (physiologische und pathologische Gelegenheiten) und zweitens das autonome Gähnen, das eine eigene Bedeutung hat. Dann untersucht man die verschiedenen physiologischen Gelegenheiten, in denen Gähnen auftreten kann und die verschiedenen organischen und funktionellen Bilder, die auf pathologischer Grundlage solche Gelegenheiten auslösen können.

Zum Schluss macht man auf den klinischen Wert des autonomen Gähnens aufmerksam, bespricht die Eigenarten desselben und zählt die Gründe auf, die auf eine eventuelle diencephalische Ursache hinweisen. Einige Krankengeschichten werden angeführt.

RÉSUMÉ

On distingue dans ce travail deux groupes de baillements: 1) Les uns expressifs d'une situation vitale (situations physiologiques et situations pathologiques), et d'autres 2) Autonomes ou avec signification propre. On étudie les différentes situations physiologiques où apparaissent les baillements et les divers tableaux organiques et fonctionnels, susceptibles de provoquer pathologiquement ces situations.

Enfin, on fait ressortir la valeur clinique des baillements autonomes et leurs caractères en signalant les raisons qui poussent à penser à une possible origine diencephalique. Quelques histoires cliniques accompagnent ce travail.